16
4

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1928

THESE 191 N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

MARIUS FRANCIONI

Ancien interne des Hôpitaux d'Orléans et du Havre

Né à Cagnano (Corse), le 20 Mai 1897

LE SIGNE DE DUFOUR

DANS

L'Encéphalite Parkinsonienne

RECHERCHE PAR LE PROCEDÉ DE MARIE-FOIX

Président : Ch. ACHARD, *Professeur*

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1928

THESE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

F. 1

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1927

THÈSE

N°_____

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

MARIUS FRANCIONI

Ancien interne des Hôpitaux d'Orléans et du Havre

Né à Cagnano (Corse), le 20 Mai 1897

LE SIGNE DE DUFOUR

DANS

L'Encéphalite Parkinsonienne

RECHERCHE PAR LE PROCÉDÉ DE MARIE-FOIX

Président : Ch. ACHARD, *Professeur*

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN

1927

LE DOYEN. . . . . M. ROGER

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LŒPER.
Hygiène	Léon BERNARD.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Clinique médicale	CARNOT. BEZANÇON. ACHARD. WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	DELBET. HARTMANN. LEJARS. GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE. BRINDEAU. JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Professeur sans chaire	RRANCA.

II. — AGRÉGES EN EXERCICE

MM.	
ABRAMI	Pathologie médicale.
AUBERTIN	Pathologie médicale.
BASSET	Pathologie chirurgicale.
BAUDOUIN	Pathologie médicale.
BINET	Physiologie.
BLANCHETIÈRE	Chimie biologique.
BROCQ	Pathologie chirurgicale.
BRULÉ	Pathologie médicale.
CADENAT	Pathologie chirurgicale.
CHABROL	Pathologie médicale.
CHAMPY	Histologie.
CHIRAY	Pathologie médicale.
CLERC	Pathologie médicale.
DEBRÉ	Hygiène.
I. de JONG	Anatomie pathologique.
DOGNON	Physique.
DONZELOT	Pathologie médicale.
DUVOIR	Médecine légale.
ÉCALLE	Obstétrique.
FIESSINGER	Pathologie médicale.
GARNIER	Pathologie expérimentale.
GATELLIER	Pathologie chirurgicale.
HARVIER	Pathologie médicale.
HEITZ-BOYER	Urologie.
HOVELACQUE	Anatomie.
HUTINEL	Pathologie médicale.
JOYEUX	Parasitologie.
LABBÉ (Henri)	Chimie biologique.
LARDENNOIS	Pathologie chirurgicale.
LEMAITRE	Oto-rhino-laryngologie.
LÉVY-SOLAL	Obstétrique.
LHERMITTE	Pathologie mentale.
LIAN	Pathologie médicale.
MATHIEU	Pathologie chirurgicale.
METZGER	Obstétrique.
MONDOR	Pathologie chirurgicale.
MOURE	Pathologie chirurgicale.
MULON	Histologie
PHILIBERT	Bactériologie.
QUÉNU	Pathologie chirurgicale.
RICHET Fils	Physiologie.
SÉZARY	Dermatologie et syphiligraphie.
VALLERY-RADOT (Pasteur)	Pathologie médicale.
VAUDESCAL	Obstétrique
VELTER	Ophtalmologie.
VERNE	Histologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.	
GOUGEROT	Pathologie médicale.
GUÉNIOT	Obstétrique.
RETTERER	Histologie
TANON	Pathologie médicale.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.	
ALGLAVE	Clinique chirurgicale.
AUVRAY	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE	Clinique médicale.
LE LORIER	Clinique obstétricale.
LEREBOULLET	Clinique médicale infantile.

MM	
LÉRI	Clinique médicale.
MOCQUOT	Clinique chirurgicale.
PROUST	Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ	Clinique chirurgicale.
VILLARET	Clinique médicale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidents du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	Stomatologie.
CHAILLEY-BERT	Éducation physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 Décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON FRÈRE THÉODORE

A TOUS LES MIENS

A TOUS CEUX QUI ME SONT CHERS

A M. LE PROFESSEUR ACHARD

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

MÉDECIN DE L'HOPITAL BEAUJON

Qui m'a fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

A MON MAITRE LE Dr HENRI DUFOUR

Médecin de l'Hopital Broussais

Chevalier de la Légion d'Honneur

A M. le Docteur COVILLE

Chirurgien de l'Hotel-Dieu d'Orléans

A M. le Docteur SIMONIN

Accoucheur de la Maternité d'Orléans

A MM. les Docteurs MARRE, MERCIER,
DESHAYES, CAILLAUD, DENIS, BOULLET

Plan

I. Introduction.

II. Historique.

A. La maladie de Parkinson.

B. L'encéphalite épidémique.

C. Les syndromes encéphalitiques parkinsoniens.

III. Le parkinsonisme.

A. Epoque de son apparition.

B. Signes de début.

IV. Le signe de Dufour.

V. Observations.

VI. Essai d'interprétation pathogénique.

VII. Conclusions.

Bibliographie.

Introduction

Le modeste travail que nous présentons n'est pas un exposé complet de la question du parkinsonisme.

Nous avons, en effet, délibérément laissé de côté tout ce qui n'a pas trait à l'encéphalite épidémique. Nous avons négligé également la question du laboratoire, car, en dépit d'analyses variées, nous ne pouvons apporter de ce côté aucune vue originale

Nous aurons donc uniquement en vue le côté clinique du syndrome encéphalitique parkinsonien tel que nous avons pu l'observer dans le service de notre maître, le Dr Dufour, médecin de l'hôpital Broussais, et dans les divers hôpitaux où nous avons exercé les fonctions d'interne.

Etudiant surtout le mode de début, nous nous attacherons principalement à mettre en relief un signe précoce : le signe de Dufour.

Nous apporterons à l'étude de ce signe l'appoint de notre expérience et nous essaierons, pour terminer, d'en dégager la signification.

Historique

A. La maladie de Parkinson.

C'est en 1817 qu'un médecin anglais du Middlesex, James Parkinson, décrit, dans un mémoire intitulé : « Essay on the shaking palsy », la maladie qui porte son nom. Cependant, malgré les recherches de Stokes, Graves, Romberg, Georges Sée, Trousseau, il faut arriver à 1861 pour trouver dans les leçons de Charcot et Vulpian une description magistrale de la paralysie agitante ; encore ces auteurs confondent-ils fréquemment cette affection avec la sclérose en plaques. En 1868, enfin, Charcot établit, pour la première fois, une distinction précise entre les deux maladies. Dès lors, l'histoire clinique de la paralysie agitante semble presque terminée ; il n'en est pas de même de son histoire étiologique, et en particulier de ses rapports avec l'encéphalite épidémique.

B. L'encéphalite épidémique (d'après Achard).

« C'est à Coelius Aurelianus, à Arétée de Cappadoce et jusqu'à Hippocrate, que l'on en fait remonter les

origines. Les écrits de ce dernier auteur mentionnent en effet la léthargie avec fièvre, tremblement, persistance de l'intelligence, grande faiblesse, fréquence des pneumonies terminales ; toutefois, on constate, dans ces descriptions, une grande confusion. Les mots de léthargus, carus, coma sont employés indistinctement. Cette confusion semble d'ailleurs persister longtemps.

Van Swieten décrit la léthargie comme un degré léger de l'apoplexie, donne comme un de ses caractères l'amnésie, et décrit les malades qui en sont frappés comme présentant un faciès pâle, gonflé, décoloré, une respiration lente et difficile, un pouls ralenti ; description qui fait songer plutôt à l'urémie.

En 1695, Abrecht de Hildesheim rapporte, sous le titre de : « De febre lethargica in strabismun utriusque oculi desinente », un cas sporadique qui semble pouvoir être rattaché à l'encéphalite. »

En 1847, Dubini observe en Italie septentrionale une épidémie très particulière d'une maladie qu'il appelle chorée électrique, à cause de la ressemblance avec les secousses électriques des secousses convulsives présentées par les malades. Ici, il s'agit incontestablement d'encéphalite. Cette épidémie, qui compte 36 morts sur 38 cas, persiste plusieurs années et fait l'objet d'une série de travaux dont les plus importants sont ceux de Frua, Pignacca et Tommasi.

En 1875, Gayet rapporte une observation d'ophtalmoplégie concernant un malade qui, en plus de troubles oculaires, est atteint de somnolence et de paralysie des membres.

En 1883, Wernicke étudie, sous le nom de polio-encéphalite supérieure aiguë, des faits qui permettent de suivre l'existence de la maladie, à l'état sporadique, jusqu'à l'époque de l'épidémie de grippe de 1889-90.

A ce moment, on observe en Italie, et notamment dans la province de Mantoue, une maladie qui se manifeste surtout par de la somnolence et qu'on appelle « nona ». Celle-ci se répand, d'ailleurs, en Autriche, en Bulgarie, en Allemagne, en Danemark, en Angleterre, en Amérique.

En 1904, Achard et Paisseau publient une observation d'hémorragie méningée dans laquelle on retrouve les éléments essentiels de l'encéphalite épidémique : parésies oculaire et faciale, convulsions, sommeil invincible.

Plus tard, Claude identifie rétrospectivement à cette maladie un cas publié en 1909 avec F. Raymond (*Semaine médicale* du 8 décembre 1909). Ce cas se manifestait cliniquement par un début fébrile, de la diplopie, de la somnolence et des convulsions, et anatomiquement par de la méningite séreuse et par des lésions vasculaires de l'encéphale avec manchons leucocytaires.

En 1914, au Portugal, Egas Moniz rapporte, sous le nom de « polio-encéphalite subaiguë de Werni-

cke », un cas dans lequel s'associent de la somnolence, du délire, une paralysie bilatérale des troisième et quatrième paires, du nystagmus et de l'hémi-ataxie cérébelleuse.

Pendant la guerre, enfin, éclate une épidémie qui n'est pas encore éteinte actuellement.

En avril 1917, R. Cruchet, Moutier et Calmette publient un travail sur 40 cas d'encéphalo-myélite subaiguë observés dans un centre neuro-psychiatrique d'armée de 1915 à 1917.

Quelques jours après la communication de ces auteurs, Von Economo décrit à Vienne, d'après l'observation de 11 cas, dont 6 mortels, une maladie caractérisée cliniquement par de la léthargie, des paralysies craniennes, surtout oculaires, et par de la fièvre ; association que l'on a appelée, depuis, le trépied symptomatique de l'encéphalite léthargique.

C. Les syndromes encéphalitiques parkinsoniens.

En 1917, pour la première fois à notre connaissance, Economo décrit chez une jeune fille atteinte d'encéphalite un aspect parkinsonien qui a retenu son attention.

En 1918, Buzzard, Batter, Weber, Wilson en Angleterre, fournissent quelques observations. En France, Chauffard et Pierre Marie publient chacun un cas.

En 1919, Pierre Marie, Etienne et Papin en France, Abramhson, Frank Ely, Mac Donald, en Amérique, présentent quelques observations.

En 1920, aussi bien en France qu'à l'étranger, la fréquence des syndromes parkinsoniens attire l'attention ; leurs signes sont étudiés en détail, la question de leur évolution et de leur pronostic est posée.

C'est alors que la possibilité de faire entrer ces syndromes dans le cadre de la maladie classique de Parkinson est envisagée. Cette question fait l'objet de nombreuses discussions dans les sociétés savantes. L'étude du syndrome parkinsonien est à l'ordre du jour du congrès annuel de neurologie de 1921. MM. Sicard, Souques et Pierre Marie surtout traitent des rapports des syndromes parkinsoniens avec la maladie classique de Parkinson. MM. Achard, Netter, de Massary soutiennent l'idée de l'évolution prolongée chronique de l'encéphalite et limitent à un petit nombre de cas les séquelles proprement dites, incurables.

Au début d'avril, P. Marie et Mlle Lévy présentent à la Société Médicale des Malades chez lesquels le syndrome évolue depuis 1918. Dans la discussion qui suit, M. Sicard sépare ce syndrome de la maladie de Parkinson en se basant sur l'évolution différente, stationnaire ou régressive dans le premier, fatalement progressive dans la seconde. M. Souques, au contraire, soutient l'identité probable des deux affections.

A partir de ce moment les deux points de vue vont être soutenus avec de nombreux arguments. Les expressions de faux Parkinson, parkinsonisme, pseudo-Parkinson, deviennent courantes pour désigner les syndromes à l'étude.

Actuellement, l'existence de maladies de Parkinson vraies, consécutives à l'encéphalite, est admise par la plupart des auteurs. Quoi qu'il en soit, et qu'il s'agisse de Parkinson vrai ou de faux Parkinson, le parkinsonisme post-encéphalitique est étudié dans ses détails, et particulièrement au point de vue de son mode de début.

Le Parkinsonisme

A. Epoque de son apparition.

Aussi fréquent chez les femmes que chez les hommes, on l'observe surtout entre 20 et 50 ans. Il semble qu'il survienne plutôt dans les formes bénignes d'encéphalite que dans les formes graves. Dans la majorité des cas, il apparaît dès le début, ou tout au moins au cours du premier mois de l'évolution ; dans d'autres cas, un certain nombre de mois après l'encéphalite ; quelquefois l'apparition du parkinsonisme révèle une encéphalite fruste.

B. Signes de début.

1° *Modifications et troubles du caractère.*

Le malade devient inquiet, sombre, taciturne, anxieux : l'anxiété morbide et la tristesse forment le fond de son caractère. Parfois il dit qu'il est triste parce que sa maladie le préoccupe ; en réalité, le changement de caractère est souvent le premier symptôme qui amène le sujet à consulter.

2° *Douleurs.*

Elles consistent soit en élancements, brûlures, sensations de constriction à la nuque ou oux lombes, soit en fourmillements, engourdissements, crampes. Elles sont souvent associées à des troubles vasomoteurs, des sueurs, des sensations anormales de chaleur ou de froid. Elles sont d'une grande importance pour le diagnostic précoce.

3° *Tremblement.*

« C'est un tremblement de repos. Il est intermittent au début. Comme l'effort et la fatigue l'exagèrent, on peut le faire apparaître ou le renforcer en plaçant les membres du malade dans des positions anormales et fatigantes : pronation, supination, extension de la main prolongée, etc. Dans les cas frustes, ce tremblement est parfois plus senti que vu : en tenant la main du parkinsonien en supination forcée, par exemple, on peut sentir une vibration anormale, mais moins rapide que celle du Basedow : c'est en faisant serrer fortement, et un certain temps, la main du parkinsonien que l'on serre en même temps, que d'ordinaire, la vibration du tremblement nous a paru le plus évidente (E. Juster).

4° *Rigidité.*

Le malade se sent moins agile, ses membres sont plus lourds que par le passé. Il se plaint de courbature vague, et souvent il croit qu'il a moins de force dans un bras ou dans une jambe que dans l'autre.

A l'examen, le membre peut être raide et présenter le phénomène de la roue dentée de Negro, E. Juster utilise, en outre, les tests suivants, qu'il considère comme des plus aptes à objectiver la rigidité parkinsonienne :

a) Signe de la très grande variabilité de la souplesse et de la raideur des mouvements lorsqu'on mobilise passivement une articulation un certain nombre de fois (30 à 50). Chez un sujet normal, la répétition de l'extension et de la flexion passives d'une articulation (coude par exemple) ne détermine aucune modification dans l'amplitude ou la facilité des mouvements. Par contre, chez le parkinsonien, ces mouvements, faits passivement par le médecin, de 30 à 50 fois, demandent une force très variable ; ils paraissent à l'examinateur, plus difficiles ou plus faciles à quelques secondes d'intervalle.

b) Raccourcissement apparent d'un bras ou d'une jambe, les deux bras ou les deux jambes étant étendus parallèlement et au maximum.

c) Difficulté pour le bras rigide de faire la pronation, la supination ou l'extension forcées de la main. A la jambe, même difficulté pour certains mouvements : abduction du pied, extension du pied sur la jambe avec flexion plantaire des orteils, par exemple.

d) Diminution ou absence des oscillations de la canne tenue d'une main par le sujet. Quelquefois,

d'ailleurs, c'est le malade lui-même qui remarque, et dès l'extrême début de son affection, que sa main ne se balance plus en marchant comme autrefois.

5° Enfin, signe que nous croyons le plus précoce de tous :

Signe de Dufour, que nous allons maintenant décrire.

Le signe de Dufour

Le 9 juillet 1926, le Dr Dufour faisait à la Société Médicale des Hôpitaux la communication suivante :

La réponse du facial à la compression du nerf auriculo-temporal chez les encéphalitiques parkinsoniens.

Foix a montré que, si l'on comprime fortement et des deux côtés simultanément, avec les index, les cols des condyles du maxillaire inférieur en arrière, sous l'oreille et au niveau du passage du nerf auriculo-temporal, on obtient chez certains hémiplégiques, même à la phase comateuse, une contraction très nette des muscles innervés par le facial du côté non paralysé. Au contraire du côté paralysé il n'y a pas de réponse.

Il en résulte une asymétrie faciale passagère, provoquée par le médecin et lui indiquent le côté paralysé.

Depuis plus de deux ans, en collaboration avec mes internes, j'ai recherché ce signe chez les malades atteints de parkinsonisme post-encéphalitique, avec masque figé.

Le résultat de ces recherches, reposant sur l'observation d'une trentaine de cas, est le suivant :

Lorsqu'on est en présence d'un encéphalitique parkinsonien très figé, la pression du condyle laisse la face immobile des deux côtés ou presque immobile aussi bien dans le domaine du facial supérieur que dans celui du facial inférieur.

Lorsque la maladie est peu prononcée, on peut obtenir une légère contraction soit au niveau du frontal, soit au niveau des muscles de la commissure des lèvres.

Le grand intérêt de cette recherche réside dans ce fait qu'au début de la maladie, lorsque l'état figé est seulement ébauché et prédomine sur l'un des côtés du corps, on peut obtenir une réponse positive d'un côté de la face, négative de l'autre.

Dans les cas de diagnostic hésitant, cette asymétrie faciale provoquée peut orienter celui-ci et le confirmer dans le sens du parkinsonisme.

Observations

Elles sont au nombre de neuf.

Deux se rapportent à des malades présentées par le Dr Dufour à la Société Médicale des hôpitaux ; une troisième nous a été obligeamment communiquée par le Dr Cabessa, de Paris; les six autres concernent des cas que nous avons observés personnellement.

OBSERVATION I

Jeune fille de seize ans, présentée par le Dr Dufour à la Société Médicale des Hôpitaux, le 9 juillet 1926.

A des crises de sommeil, sans motif, depuis un an; a eu quelques petites secousses dans les bras. Pour la famille seulement, l'expression de la physionomie s'est modifiée, le masque est moins mobile.

A l'examen objectif on ne trouve absolument rien et particulièrement au niveau de la face les traits n'offrent aucune déviation unilatérale.

Les mouvements d'occlusion des paupières, de diduction de la bouche sont apparemment bien exécutés des deux côtés.

Cependant, si on comprime simultanément les deux cols des condyles du maxillaire inférieur ; l'œil droit reste ouvert et la commissure labiale droite n'est attirée ni en haut ni en dehors, l'œil gauche au contraire se ferme pendant que le muscle frontal se plisse et que la commissure labiale est déviée en dehors.

Il s'agit d'une encéphalite parkinsonienne au début.

OBSERVATION II

D..., 29 ans, service du Dr Dufour

Entré pour troubles fébriles en mai 1920.

Pendant son séjour à l'hôpital présente des crises de somnolence, de l'amblyopie. Se plaint de légères douleurs dans les membres. Est traité pendant deux mois par des injections d'iodaseptine. Sort en état de guérison apparente ; reprend son travail.

Cinq mois après environ réapparaissent des douleurs dans les membres. L'entourage du malade remarque qu'il devient maladroit et lent dans ses mouvements. Enfin, la somnolence est extrême : les crises surviennent à tout moment, le sujet dort douze ou treize heures par jour.

Le malade revient alors à l'hôpital ; il présente à ce moment du strabisme externe à droite, de la diplopie, du nystagmus horizontal. Les pupilles sont un peu irrégulières ; les réflexes à l'accommodation

et à la lumière sont conservés. On note un léger tremblement de la langue.

Après un séjour de deux mois environ dans le service et une nouvelle série d'injections d'iodaseptine, le malade retourne chez lui.

En novembre 1927, enfin, il revient dans le service du Dr Dufour. Il présente alors des douleurs, du tremblement et un facies parkinsoniens typique. Si on recherche le signe de Dufour, on trouve une réponse négative des deux côtés.

OBSERVATION III

F..., 34 ans. Service du Dr Dufour

Début de la maladie en 1920. Les phénomènes fébriles ont persisté un mois environ, pendant lequel la malade a été traitée à domicile ; elle nous dit cependant qu'elle voyait double (la diplopie a persisté depuis) et qu'elle était somnolente.

Dans les mois qui ont suivi, la somnolence a disparu, mais la malade a commencé à éprouver des fourmillements et une sensation de pesanteur dans les membres, particulièrement au bras droit ; l'entourage a remarqué également un tremblement léger, des modifications du caractère et de la physionomie.

En 1924, la malade entre à l'hôpital Broussais avec un facies figé, du tremblement, des troubles de la marche, de la parole, une paralysie du bras droit en flexion.

Actuellement (février 1928), la pression des condyles laisse la face immobile des deux côtés.

OBSERVATION IV

D..., 42 ans. Service du Dr Dufour

Mariée. Une fille de 9 ans bien portante ; un enfant mort de méningite à 6 ans. Pleurésie à 15 ans. Infection puerpérale à 36 ans.

Début de l'encéphalite en juillet 1922 : somnolence, diplopie, fièvre. Traitée deux mois et demi dans le service par l'iodaseptine. Sort en état de guérison apparente.

Rien d'anormal jusqu'au mois de juillet 1924. A ce moment, apparition de tremblement, rigidité, troubles de la marche.

Après un séjour d'un an à l'hôpital Broca, la malade revient à l'hôpital Broussais en juillet 1917. Les mêmes signes persistent.

Actuellement (février 1928), la réponse du facial est nette du côté gauche.

OBSERVATION V

C..., 33 ans, service du Dr Dufour

Entrée dans le service en décembre 1923, alors que le syndrome parkinsonien était nettement constitué.

La malade nous dit qu'en avril 1920, elle a été prise brusquement de fièvre à 39°, qu'elle a d'abord attribuée à de la grippe. Il y a eu également un peu de somnolence. De plus, la malade voyait double. Ces troubles ont duré trois semaines environ.

Un an après est apparu du tremblement qui a été en s'accentuant depuis. La malade a commencé à éprouver de la lourdeur dans les membres ; ses mouvements sont devenus lents et maladroits. Le facies a pris l'aspect parkinsonien typique.

La recherche du signe de Dufour donne une réponse négative des deux côtés.

OBSERVATION VI

Observation communiquée par le Dr Cabessa, de Paris.

Le malade, âgé de 44 ans, a vu sa température s'élever brusquement à 39° pour se maintenir pendant une semaine environ entre 38,5 et 39,5. Le diagnostic de grippe a été porté. Après avoir présenté quelques jours des signes de congestion pulmonaire du sommet gauche, le sujet a pu reprendre ses occupations et a même subi entre temps un examen.

Cependant, un mois environ après la guérison apparente, sont survenues de la céphalée (surtout frontale droite), de la somnolence, de l'asthénie.

Le Dr Cabessa, qui voit le malade pour la première fois, soupçonne une encéphalite ; toutefois, il ne

trouve aucun signe oculaire. Les réflexes semblent exagérés ; il y a une ébauche de Kernig, pas de Babinski.

Trois jours après, le Dr H. Dufour, appelé en consultation, trouve le malade dans un état de torpeur profonde, dont on ne peut le tirer qu'à grand'peine pour répondre aux questions qu'on lui pose.

Le signe du facial est nettement positif à droite.

Une ponction lombaire pratiquée par le Dr Dufour montre un liquide clair, hypotendu, dont le Wassermann est négatif.

Dans la nuit qui suit l'examen, le malade entre dans le coma ; il meurt à une heure du matin.

OBSERVATION VII

F..., 26 ans. (Personnelle).

A été prise brusquement de fièvre (39°) avec frissons et céphalée. La fièvre a persisté pendant quinze jours, ainsi que la céphalée ; les frissons du début ne se sont pas reproduits. Un traitement symptomatique a été institué.

Un mois environ après le début de la maladie, nous apprenons que la malade s'endort à tout moment ; à l'examen, nous la trouvons immobile, les yeux fixes, regardant droit devant elle ; elle ne répond pas aux questions qu'on lui pose et semble complètement absente. Il n'y a pas de nystagmus, pas de diplopie, pas de tremblement (sauf à la langue).

Chez cette malade, le signe de Dufour est positif à gauche.

OBSERVATION VIII

Personnelle

Il s'agit d'un homme de 40 ans qui a eu une encéphalite en 1924. Il semble que le diagnostic puisse être fait rétrospectivement, car il y a eu à cette époque de la fièvre, de la diplopie, de la céphalée, de la somnolence.

Actuellement, nous sommes en présence d'un sujet au masque figé et au tremblement parkinsonien typique.

Chez ce malade, la réponse du facial est négative des deux côtés.

OBSERVATION IX

(*Personnelle*)

M..., 38 ans.

Soigné depuis deux mois pour encéphalite. Présente, de plus, des lésions de tuberculose du poumon droit.

La température oscille depuis le début entre 38 et 39°.

Le facies est légèrement figé ; il y a de la somnolence.

Signe du facial : réponse nette à droite.

Essai d'interprétation pathogénique

Comment interpréter le mode d'apparition du signe de Dufour ?

On pourrait penser à une action directe sur le facial, par compression du nerf à sa sortie de la loge parotidienne ; mais, sachant la façon dont le nerf facial et le nerf auriculo-temporal s'anastomosent, c'est plutôt à une action réflexe sur ce dernier que nous croyons.

D'autre part, comparant ce phénomène au signe de Foix chez les hémiplégiques, et connaissant la grande participation des centres nerveux hémisphériques aux lésions parkinsoniennes encéphalitiques, nous avons tendance à rapprocher ces deux réactions et nous estimons, avec le Dr H. Dufour, que chez nos malades la non-réponse du facial indique une atteinte des centres ou voies motrices volontaires, donc un certain degré de parésie.

Conclusions

I. Parmi les symptômes de début du parkinsonisme encéphalitique, il faut retenir :

Les modifications du caractère ;
Les douleurs ;
Le tremblement ;
La rigidité ;
Le signe du facial ou de Dufour.

II. De ces cinq signes, les trois derniers sont les plus caractéristiques.

III. Le signe du facial nous semble le plus précoce. Aussi croyons-nous utile de le rechercher, non seulement chez les encéphalitiques connus, mais dans toutes les affections fébriles dont le diagnostic est hésitant.

Vu, le Doyen, ROGER.

Vu, le Président, ACHARD.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLETY.

Bibliographie

Achard. — L'encéphalite épidémique (1921).

Auger. — L'évolution des syndromes parkinsoniens post-encéphalitiques (thèse de Paris 1925).

Barré et Reys. — Le syndrome parkinsonien post-encéphalitique. — *Bulletin médical* du 27 avril 1921.

Bosc. — Dix-huit cas d'encéphalite léthargique. — *Bulletin et Mémoires de la Soc. Médic. des hôpitaux de Paris* (26 mars 1920).

Claude (H.). — Syndrome parkinsonien unilatéral post-encéphalitique, avec reliquat de secousses myocloniques et phénomènes sympathiques. — Soc. de neurologie, 2 juin 1921. (*Revue Neurol.* 1921).

Cruchet. — Pronostic et séquelles de l'encéphalomyélite épidémique. — *Bulletin et mém. de la Soc. médic. des hôpit. de Paris* (1921).

Devic. — Syndrome d'immobilité post-encéphalitique. — *Bulletin de la Société médicale des hôpitaux de Lyon* (16 nov. 1920).

Ernst. — Contribution à l'étude clinique des syndromes parkinsoniens consécutifs à l'encé-

phalite dite léthargique (thèse de Paris 1921).

Froment et Magnet. — Syndrome parkinsonien séquelle d'encéphalite léthargique. — *Bulletin de la Société médicale des hôpitaux de Lyon* (7 déc. 1920).

Guillain (G.) et Léchelle (S.). — Etude du liquide céphalo-rachidien dans la maladie de Parkinson et le syndrome parkinsonien post-encéphalitique. — *Revue Neurol.*, juin 1921.

Harvier et Levaditi. — Recherches sur l'encéphalite léthargique. — *Bulletin et mém. de la Société médic. des hôpit. de Paris* (5 mars 1920).

Juster (E.). — Les symptômes du début de la maladie de Parkinson (essentielle ou post-encéphalitique) et leur traitement. — *Presse Médicale* du 30 avril 1927.

Laignel-Lavastine et Coulaud. — Forme neuro-végétative de l'encéphalite épidémique. — *Bulletin et Mém. de la Soc. des hôpit. de Paris* (19 juillet 1921).

Levaditi (C.), Harvier (P.) et Nicolau (S.). — Conception étiologique de l'encéphalite épidémique. *C. de la Soc. de biologie*, 2 juillet 1921.

Marie (Pierre). — Travaux et mémoires, tome II (1928).

Marie (Pierre) et Lévy (Mlle G.). — Forme monobrachiale dans le syndrome parkinsonien post-encéphalitique fruste. *Bull et Mém. de la Soc. Médic. des hôpit. de Paris* (8 juillet 1921).

Reverchon. — Contribution à l'étude des contractures parkinsoniennes (Thèse de Paris, 1924).

Roger (H.). — Syndrome parkinsonien post-encéphalitique chez les enfants. *Rev. Neurol.*, 1921.

Sicard et Paraf. — Parkinsonisme et Parkinson, reliquats d'encéphalite épidémique. Soc. de Neurol., 16 mai 1920. *Rev. Neurol.*, 1920.

Souques. — Paralysie agitante. Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée (collection Sergent), tome VI (1924).

Souques et Alajouanine. — Sclérose en plaques probable à forme cérébelleuse, consécutive à l'encéphalite épidémique. Soc. de neurol., 7 juillet 1921. *Revue Neurol.*, 1921.

Taylor. — Epilepsy, recurrent herpes, lethargie encephalitis. *Brit. Medic. Journ.*, 28 févr. 1920.

H. Verger. — Les hémiplégies encéphalitiques (*Gaz. Hebd. des Sc. Médic. de Bordeaux*, 7 nov. 1926).

Limoges, Imprimerie Commerciale Perrette